



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

THOMAS RIBEIRO SALES

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA II CAMPANHA DE COMBATE À
HANSENÍASE DE SERGIPE**

ARACAJU

2019

THOMAS RIBEIRO SALES

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA II CAMPANHA DE COMBATE À
HANSENÍASE DE SERGIPE**

Monografia apresentada pelo aluno Thomas Ribeiro Sales ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Dantas Oliveira.

ORIENTADOR: PROF. DR. PEDRO DANTAS OLIVEIRA

ARACAJU

2019

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA II CAMPANHA DE COMBATE À HANSENÍASE DE SERGIPE

Monografia apresentada pelo aluno Thomas Ribeiro Sales ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Dantas Oliveira.

Autor: Thomas Ribeiro Sales

Orientador: Prof. Dr. Pedro Dantas Oliveira

ARACAJU

2019

THOMAS RIBEIRO SALES

**PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA II CAMPANHA DE COMBATE À
HANSENÍASE DE SERGIPE**

Monografia apresentada pelo aluno Thomas Ribeiro Sales ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Dantas Oliveira.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1

Universidade Federal de Sergipe

Examinador 2

Universidade Federal de Sergipe

Examinador 3

Universidade Federal de Sergipe

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Juvinete e Orlando, por todo amor e toda a dedicação, por sempre me exigirem o máximo enquanto fazem o seu máximo por mim. Obrigado pelo apoio em cada decisão que tomo. Eu amo vocês!

Aos meus familiares, que me acompanham mesmo estando à distância e acreditam na pessoa que luto para me tornar todos os dias.

A Paula Assunção, que está ao meu lado há mais de três anos, pelo amor, pelo carinho, pela determinação e por tornar os meus dias muito mais felizes; bem como à sua família, que me acolhe enquanto estou fora de casa e me proporciona momentos de descontração.

Aos meus amigos, que enfrentam o mesmo trajeto que o meu e me estimulam a evoluir, pelas conversas, pelas risadas. Vocês fazem a minha rotina ser bem mais divertida.

Ao meu orientador, Pedro Dantas Oliveira, por toda instrução, disponibilidade, paciência e por ser um exemplo de pessoa e de médico.

Aos meus amigos da LADERM, que colaboraram na organização da campanha que foi a base deste estudo. Sem eles, nada disso teria acontecido.

Obrigado por me fazerem alguém melhor, com inspiração e objetivos. Este trabalho tem a contribuição de todos vocês.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de curso crônico, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*. Ela é marcada pelo comprometimento dermatoneurológico e pode levar a deformidades físicas, as quais, associadas ao estigma que a doença carrega, causam impacto psicossocial significativo. Embora se trate de uma doença curável, cujo tratamento é gratuito e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, a hanseníase possui repercussão epidemiológica muito relevante, porque o seu diagnóstico tardio ainda é uma realidade vista tanto em unidades de atenção básica quanto em serviços de referência. O Brasil é um dos países que mais notificam novos casos de hanseníase no mundo, com uma taxa de prevalência de 1,35 registros por 10.000 habitantes em 2017 (valor acima da meta estipulada pela Organização Mundial de Saúde) e 27.943 novos diagnósticos em 2018. O Estado de Sergipe contribui com cerca de 1% destes novos casos. Por essas razões, estratégias voltadas para a eliminação da doença são medidas imprescindíveis no combate à hanseníase. Tendo isso em vista, a Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional Sergipe coordenou a “II Campanha de Combate à Hanseníase” no ano de 2019, na qual 50 pacientes foram examinados nas cidades de Lagarto e Aracaju. O objetivo deste estudo é estabelecer o perfil dos pacientes atendidos nessa campanha, avaliar o impacto dessa iniciativa e a sua eficácia como ferramenta na busca de doentes, além de comparar os resultados obtidos com dados encontrados na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Campanhas de saúde; Diagnóstico.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease of chronic course, caused by the bacillus *Mycobacterium leprae*. It is marked by dermatoneurological impairment and can lead to physical deformities, which, associated with the stigma that the disease carries, cause significant psychosocial impact. Although it is a curable disease, whose treatment is free and available through the Unified Health System, leprosy has a very relevant epidemiological impact, because its late diagnosis is still a reality seen in both primary care units and referral services. Brazil is one of the countries that most report new leprosy cases in the world, with a prevalence rate of 1.35 records per 10,000 inhabitants in 2017 (above the World Health Organization target) and 27,943 new diagnoses in 2018. The state of Sergipe contributes about 1% of these new cases. For these reasons, strategies aimed at eliminating the disease are essential measures to combat leprosy. With this in mind, the Brazilian Society of Dermatology - Regional Sergipe coordinated the "II Campaign to Combat Leprosy" in 2019, in which 50 patients were examined in the cities of Lagarto and Aracaju. The objective of this study is to establish the profile of the patients attended in this campaign, to evaluate the impact of this initiative and its effectiveness as a tool in the search of patients, and to compare the results obtained with data found in the literature.

KEY-WORDS: Leprosy; Health campaigns; Diagnosis.

EXCELSIOR!

Stan Lee

LISTAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- LADERM: Liga Acadêmica de Dermatologia de Sergipe
- MB: Multibacilar
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PQT: Poliquimioterapia
- SBD: Sociedade Brasileira de Dermatologia
- SBD-RESP: Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional São Paulo
- SBD-SE: Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional Sergipe
- SUS: Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	43
Tabela 2	43
Tabela 3	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	45
Gráfico 2	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3 REFERÊNCIAS	17
4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	19
5 ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL	31
INTRODUÇÃO.....	34
MÉTODOS	35
RESULTADOS	36
DISCUSSÃO	38
CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS	40
LISTA DE TABELAS	42
LISTA DE GRÁFICOS.....	42
TABELAS	43
GRÁFICOS	45

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de curso crônico, que pode acometer praticamente todos os órgãos onde existam macrófagos, com exceção do sistema nervoso central. É causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen) e sua transmissão decorre de indivíduo para indivíduo, em qualquer faixa etária. Os bacilos são eliminados principalmente pelas vias aéreas superiores, mas essas bactérias também podem ser encontradas em áreas de pele ou mucosa necrosadas e em secreções orgânicas (RIVITTI, 2014). A doença se caracteriza clinicamente através de manifestações dermatoneurológicas, após um período de incubação, que pode durar de seis meses até vinte anos; seus primeiros sintomas são manchas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas, com diminuição da sensibilidade (LASTÓRIA; ABREU, 2014). O comprometimento de nervos periféricos seguido por deformidades físicas é característico desta afecção que, embora curável, tem caráter potencialmente incapacitante e pode gerar impacto psicossocial significativo, devido também aos preconceitos e estigmas que a acompanham há séculos. (AZULAY; AZULAY; AZULAY-ABULAFIA, 2013).

O contágio se dá por meio de contato íntimo e prolongado de um indivíduo suscetível com uma pessoa doente. Como o bacilo de Hansen é um patógeno de alta infectividade e de baixas patogenicidade e virulência, existe a possibilidade de que dentre muitas pessoas infectadas, somente uma minoria desenvolva a doença. Sua evolução sofre influência de fatores individuais, de elementos relacionados ao grau de endemia e de aspectos socioeconômicos (por exemplo, circunstâncias precárias de vida e saúde ou número elevado de pessoas em convívio num mesmo ambiente) (MS/SPS/DAB, 2001).

A hanseníase pode ser classificada, sob o aspecto imunológico, em polos estáveis (tuberculoide e virchowiano) e instáveis (indeterminado e dimorfo ou *borderline*), segundo o Congresso de Madri; a partir de critérios clínicos e histopatológicos, em dois polos estáveis (tuberculoide polar e virchowiano polar) e em interpolares instáveis (tuberculoide secundário, dimorfo tuberculoide, dimorfo-dimorfo, dimorfo virchowiano e virchowiano subpolar), de acordo com a classificação de Ridley e Jopling; ou em paucibacilar (PB) e multibacilar (MB), pela classificação operacional da Organização Mundial de Saúde (RIVITTI, 2014).

Nos últimos 30 anos, as estratégias priorizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram a detecção precoce de todos os casos e o tratamento apropriado com a

poliquimioterapia (PQT), a qual foi recomendada pela OMS em 1981 e causou uma redução significativa na prevalência da hanseníase. Contudo, mesmo após a implementação desse regime terapêutico, não se observaram evidências do seu impacto na transmissão (CRUZ et al., 2017). O diagnóstico tardio continua sendo visto na prática em centros de atenção primária e em serviços de referência. Isto é uma evidência de que a falta de conhecimento apropriado sobre a doença é uma falha real, atingindo tanto a população em geral quanto estudantes dos cursos de graduação na área de ciências da saúde (ALVES et al., 2014).

Atualmente, quase todo o mundo alcançou a meta de “eliminação da hanseníase como problema de saúde pública” (taxa de prevalência menor que 1 caso por 10.000 habitantes), no entanto, três países – Índia, Brasil e Indonésia – são responsáveis pela notificação de mais de 10.000 novos pacientes por ano, representando 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo (WHO, 2016).

No Brasil, a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública, com uma taxa de prevalência de 1,35 casos por 10.000 habitantes e 26.875 casos novos diagnosticados em 2017. O Estado de Sergipe apresentou, em 2017, uma taxa de prevalência de 1,30 casos por 10.000 habitantes e foi responsável por 315 casos novos em 2018, correspondendo a 1,13% do que foi registrado no país neste mesmo período (BRASIL, 2019).

Vários estudos tentam traçar um perfil para os pacientes portadores de hanseníase, todavia, não há concordância absoluta entre todos os seus resultados. Divergências nas variáveis sociodemográficas, na frequência das formas clínicas, nos exames físicos e assim por diante, implicam na necessidade de uma melhor caracterização da doença.

Diante desse cenário, em janeiro e fevereiro de 2019, a Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional Sergipe (SBD-SE) coordenou a “II Campanha de Combate à Hanseníase”, lançando mão de táticas de educação em saúde e focando no exame de pacientes com lesões suspeitas de hanseníase, para instituir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos doentes. O objetivo deste estudo é compilar o perfil dos pacientes atendidos nessa campanha e comparar os resultados obtidos com dados encontrados na literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de curso crônico, que pode acometer praticamente todos os órgãos onde existam macrófagos, com exceção do sistema nervoso central. É causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen) e sua transmissão decorre de indivíduo para indivíduo, em qualquer faixa etária. As principais vias de eliminação dos bacilos são as vias aéreas superiores, mas essas bactérias também podem ser encontradas em áreas de pele ou mucosa necrosadas e em secreções orgânicas, como urina, leite materno e suor (RIVITTI, 2014). A doença se caracteriza clinicamente através de manifestações dermatoneurológicas, após um período de incubação, que pode durar de seis meses até vinte anos; seus primeiros sintomas são manchas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas, com diminuição da sensibilidade (LASTÓRIA; ABREU, 2014). O comprometimento de nervos periféricos e as deformidades físicas que o acompanham são característicos desta afecção, que, embora curável, tem caráter potencialmente incapacitante, e é capaz de gerar impacto psicossocial significativo, devido também aos preconceitos e estigmas que a acompanham há séculos. (AZULAY; AZULAY; AZULAY-ABULAFIA, 2013). Estima-se que, mundialmente, mais de três milhões de pessoas tenham algum grau de incapacidade causada pela hanseníase, sendo assim, a avaliação dessas incapacidades torna-se peça chave das diretrizes de tratamento da doença (NORIEGA et al., 2016).

O contágio se dá por meio de contato íntimo e prolongado de um indivíduo suscetível com uma pessoa doente. Como o bacilo de Hansen é um patógeno de alta infectividade e de baixas patogenicidade e virulência, existe a possibilidade de que dentro de um grande número de pessoas infectadas, somente uma minoria desenvolva a doença. Somados às condições individuais, os fatores relacionados ao grau de endemia e os aspectos socioeconômicos têm influência no processo de adoecimento (por exemplo, circunstâncias precárias de vida e saúde ou número elevado de pessoas em convívio num mesmo ambiente). Ao iniciar o tratamento poliquimioterápico (que é distribuído gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS), o paciente deixa de ser um transmissor, pois já nas primeiras doses o número de bacilos é reduzido a um nível inapto à transmissão (MS/SPS/DAB, 2001).

Alguns sistemas foram estabelecidos na tentativa de classificar a hanseníase. No Congresso de Madri, em 1953, ela passou a ser dividida, sob o aspecto imunológico, em dois tipos polares estáveis (tuberculoide e virchowiano) e em dois grupos instáveis (indeterminado

e dimorfo ou *borderline*). Entre os anos de 1962 e 1966, foi proposta a classificação de Ridley e Jopling, definida para fins de pesquisa, sob critérios clínicos e histopatológicos, a qual categorizava um espectro com dois polos estáveis (tuberculoide polar e virchowiano polar) e com os interpolares instáveis (tuberculoide secundário, dimorfo tuberculoide, dimorfo-dimorfo, dimorfo virchowiano e virchowiano subpolar). Em 1985, a OMS propôs uma classificação simples, com fins operacionais, que divide os doentes em paucibacilares (PB) e multibacilares (MB), tendo como fundamento a negatividade ou positividade da baciloscopia, respectivamente. Esta última, utilizada para direcionar os esquemas terapêuticos, possibilitou a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em quase todos os países. (RIVITTI, 2014).

Nos últimos 30 anos, as estratégias priorizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram a detecção precoce de todos os casos e o tratamento apropriado com a poliquimioterapia (PQT). A introdução da PQT foi recomendada pela OMS em 1981, trazendo alterações relevantes na epidemiologia da hanseníase. Na década de 1980, o número total de casos registrados no mundo era de aproximadamente 5 milhões e, em 2015, a prevalência registrada foi de menos de 200.000 casos. Contudo, mesmo após a implementação desse regime terapêutico, não se observaram evidências do seu impacto na transmissão. Por isso, ainda são necessários a detecção precoce dos casos, as medidas de prevenção, o treinamento de profissionais da saúde e o estímulo à pesquisa, para que haja melhor compreensão da transmissão e do tratamento da doença (CRUZ et al., 2017).

Atualmente, quase todo o mundo alcançou a meta de “eliminação da hanseníase como problema de saúde pública” (taxa de prevalência menor que 1 caso por 10.000 habitantes), no entanto, três países – Índia, Brasil e Indonésia – são responsáveis pela notificação de mais de 10.000 novos pacientes por ano, representando 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo. As intervenções de combate à hanseníase devem se concentrar na detecção antecipada dos casos nos países com alta carga endêmica e na manutenção de serviços de vigilância e referência nos países com poucos casos (WHO, 2016). Noriega et al. (2016) atentam para o fato de que a taxa de detecção de novos casos tende a ser menor que a taxa de incidência real, devido à existência de muitos diagnósticos subestimados.

No Brasil, a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública, com uma taxa de prevalência de 1,35 casos por 10.000 habitantes e 26.875 casos novos diagnosticados em 2017. O Estado de Sergipe apresentou, em 2017, uma taxa de prevalência de 1,30 casos por

10.000 habitantes e foi responsável por 315 casos novos em 2018, correspondendo a 1,13% do que foi registrado no país neste mesmo período (BRASIL, 2019).

O “Programa de Doenças Negligenciadas” do Ministério da Saúde do Brasil inclui ações prioritárias contra a hanseníase, que é uma doença de notificação compulsória. Apesar do avanço alcançado com a implementação da PQT, o diagnóstico tardio continua sendo visto na prática em centros de atenção primária e em serviços de referência. Isto é uma evidência de que a falta de conhecimento apropriado sobre a doença é uma falha real, atingindo tanto a população em geral quanto estudantes dos cursos de graduação na área de ciências da saúde. Campanhas de busca ativa, como a realizada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) em 2012, refletem a preocupação e o compromisso desta entidade com o problema enfrentado pelo país (ALVES et al., 2014).

Essa campanha também foi descrita por Lastória e Abreu (2016) e tinha como objetivo proporcionar à população o suporte para o diagnóstico precoce da hanseníase. A ação consistia na inter-relação entre a SBD e grupos regionais e estaduais, que coordenaram atividades nas esferas nacional, estadual e local. Um mês antes da campanha, materiais educacionais foram distribuídos e palestras foram realizadas, com o fim de divulgar o projeto e oferecer conhecimento à população. No total, 90 serviços, distribuídos em 23 estados, participaram da campanha. 3223 pessoas foram examinadas e, deste número, 403 (12,5%) apresentavam lesões dermatológicas da hanseníase e 18 (0,5%), somente alterações neurológicas, totalizando 421 casos diagnosticados. Os maiores números de diagnósticos foram registrados nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro e se justificam pela maior pesquisa, em decorrência do maior número de serviços participantes. As ações não somente puseram a hanseníase em evidência, como também causaram grandes impactos epidemiológicos em alguns estados. Isto mostra que a busca ativa é uma estratégia necessária em países onde a hanseníase é uma endemia.

Lastória e Abreu (2011) ainda relatam uma campanha similar, coordenada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional São Paulo (SBD-RESP) no ano de 2010, que contou com a participação de 17 serviços credenciados, e tinha como público-alvo pessoas com lesões suspeitas de hanseníase. Dentro de 1718 pessoas avaliadas, 90 casos foram detectados. Este número, juntamente com a possível existência de casos adicionais nos contatos familiares, traduz a importância dessa iniciativa e revalida a necessidade de realização de ações semelhantes no futuro.

Moreira et al. (2014) avaliaram o efeito de uma intervenção educativa sobre o conhecimento acerca da hanseníase em usuários de Unidades Básicas de Saúde de Uberaba – MG. A avaliação foi feita através da aplicação de um questionário antes e depois de atividades educativas sobre hanseníase. O questionário, que abordava conhecimentos gerais sobre a doença, foi respondido por 96 adultos e os resultados obtidos revelaram um aumento estatisticamente significativo no número de acertos das perguntas. Dessa forma, pôde-se concluir que o desconhecimento da população ainda é relativamente grande e que ações educativas realizadas junto à comunidade têm considerável eficácia na propagação de conhecimento.

Segundo dados do DATASUS, dentro dos 26.875 casos novos diagnosticados no Brasil em 2017, aproximadamente 55% eram do sexo masculino e 45% do sexo feminino, havia predomínio da forma clínica dimorfa (47,3%) e dos doentes multibacilares (74%); quanto aos graus de incapacidade, o grau 0 correspondia a quase 57% dos casos, enquanto o grau 1, a mais ou menos 24% e o grau 2, a aproximadamente 7%. Tanto nos casos novos quanto nos casos prevalentes, houve predomínio de doentes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, com destaque maior para a faixa entre 40 e 59 anos (BRASIL, 2019). Vários estudos tentam traçar um perfil para os pacientes portadores de hanseníase, no entanto, não há concordância absoluta entre todos os seus resultados. Gomes et al. (2005), por exemplo, apontam que dos pacientes avaliados em seu trabalho, 50,05% eram mulheres, 72,5% apresentavam grau 0 de incapacidade física, 54,6% classificavam-se na forma dimorfa e a maioria das recidivas eram de pacientes multibacilares. Já Porto et al. (2015) constataram que aproximadamente 59% dos seus pacientes eram do sexo masculino, 65% eram MB, 74% possuíam algum grau de incapacidade e que a maioria (69%) eram analfabetos ou possuíam ensino fundamental incompleto. Reis, Castro e Fernandes (2017) relatam maior limitação de qualidade de vida em pacientes MB e ainda, em indivíduos com pouca escolaridade. Budel et al. (2011) demonstram a relevância da diminuição da qualidade de vida desses pacientes ao mostrar que 50% dos pacientes avaliados em sua pesquisa apresentavam comprometimento grave ou muito grave das condições de vida, enquanto 31,8% apresentavam prejuízo leve ou moderado. Esse comprometimento se deu principalmente a limitações físicas, redução da acuidade visual e à estética, especialmente em indivíduos MB, equiparando-se à limitação gerada por doenças como psoríase, dermatite atópica e acne. Em relação ao acometimento de nervos periféricos, trigêmeo, facial, ulnar, mediano, radial, fibular comum e tibial posterior são os nervos mais prejudicados (LASTÓRIA; ABREU, 2014).

3 REFERÊNCIAS

ALVES, Cynthia Rossetti Portela et al. Teaching of leprosy: current challenges. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 89, n. 3, p.454-459, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142444>.

AZULAY, Rubem David; AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. **Dermatologia**. 6. ed., rev. e atual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus - Departamento de Informação e Informática do Sus. **Informações de Saúde: Epidemiológicas e Morbidade**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/ETL_hanseniase/ETL_hans_indicadores.htm>. Acesso em: 18 maio 2019.

BUDEL, Anelise Roskamp et al. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 86, n. 5, p.942-946, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962011000500012>.

CRUZ, Rossilene Conceição da Silva et al. Leprosy: current situation, clinical and laboratory aspects, treatment history and perspective of the uniform multidrug therapy for all patients. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 92, n. 6, p.761-773, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20176724>.

GOMES, Cícero Cláudio Dias et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 80, n. 3, p.283-288, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962005001000004>.

LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado de. Brazilian Society of Dermatology against leprosy. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 91, n. 3, p.393-395, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164648>.

LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado de. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects - Part 1. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 89, n. 2, p.205-218, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142450>.

LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado de. SBD-RESP na busca ativa de casos de hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p.613-620, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE POLÍTICAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS, N. 111**: Controle da Hanseníase na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MOREIRA, Ana Jotta et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. 101, p.234-243, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140021>.

NORIEGA, Leandro Fonseca et al. Leprosy: ancient disease remains a public health problem nowadays. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 91, n. 4, p.547-548, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20164861>.

PORTO, Ana Carolina Souza et al. Evaluation of the social, clinical and laboratorial profile of patients diagnosed with leprosy in a reference center in São Paulo. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 90, n. 2, p.169-177, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153385>.

REIS, Bianca Manzan; CASTRO, Shamyry Sulyvan de; FERNANDES, Luciane Fernanda Rodrigues Martinho. Limitation of activity and restriction of social participation in relation to age range, gender, and education in people with leprosy. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [s.l.], v. 92, n. 3, p.335-339, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175216>.

RIVITTI, Evandro A.. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

WHO. World Health Organization. Estratégia Global para Hanseníase 2016 –2020. ISBN 978-92-9022-520-1, 2016a.

4 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA

INFORMAÇÕES GERAIS

O periódico Anais Brasileiros de Dermatologia, indexado nas bases de dados *MedLine*, *Web of Science*, *Scopus*, *Embase – Excerpta Medica*, *Latindex*, *LILACS*, *Periódica*, *Tropical Diseases Bulletin (TDB)* –, e incluído na coleção da biblioteca eletrônica SciELO Brasil, é uma publicação bimestral destinada à divulgação de trabalhos técnico-científicos inéditos, resultantes de pesquisas ou revisões de temas dermatológicos e correlatos. Permutas com outras publicações poderão ser aceitas e, conforme consta no Estatuto da Sociedade Brasileira de Dermatologia, sua distribuição é gratuita aos seus associados.

Os Anais Brasileiros de Dermatologia seguem os "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (normas de Vancouver), cujo texto original atualizado, em inglês, está disponível no endereço eletrônico www.icmje.org. Trabalhos originados de experimentos em seres humanos e animais devem atender às normas oficiais vigentes (Resolução CNS 466/12). Pesquisas que envolvam intervenção em seres humanos e animais precisam ter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, que deve ser informada nos manuscritos.

A submissão aos Anais Brasileiros de Dermatologia requer que os manuscritos não tenham sido publicados anteriormente, exceto na forma de resumos, e nem estejam sendo considerados para publicação em outros periódicos.

Os originais recebidos são encaminhados a especialistas para emissão de pareceres. Nomes de autores e de pareceristas são mantidos em sigilo. Nomes de instituições, cidades, estados e países, onde o trabalho foi realizado, deverão ser omitidos no título e no corpo do texto no início da submissão. Os autores são informados quanto aos pareceres emitidos e devem cuidar da revisão dos originais quando sugeridas modificações substanciais.

As opiniões e declarações contidas na revista são de responsabilidade única e exclusiva de seus autores, não sendo, necessariamente, coincidentes com as da Equipe Editorial, do Conselho Consultivo ou da Sociedade Brasileira de Dermatologia. A Equipe Editorial dos Anais

Brasileiros de Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Dermatologia não garantem nem endossam os produtos ou serviços anunciados – as propagandas são de responsabilidade única e exclusiva dos anunciantes – nem qualquer promessa relacionada a serviço ou produto anunciado na revista.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Desenvolvimento, Elementos essenciais

Encaminhar os originais por meio do sistema de submissão *online*, de acordo com as orientações do mesmo. A fonte a ser utilizada deverá ser Times New Roman, tamanho 12.

Todos os trabalhos deverão ser submetidos em LÍNGUA INGLESA; no entanto, autores que têm o português como idioma nativo, sejam brasileiros ou estrangeiros, deverão apresentar a versão do trabalho TAMBÉM EM LÍNGUA PORTUGUESA.

Optar pela seção a que se destina o manuscrito e verificar o título completo do artigo, os nomes dos autores, por extenso e abreviados, suas afiliações, com o nome da instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país, local em que o trabalho foi realizado, com nome da instituição, o endereço completo do autor correspondente, seus telefones, e-mail, eventual suporte financeiro e conflitos de interesse. Informar ainda, em declaração assinada pelo autor principal, a participação específica de cada autor na execução do trabalho, quando solicitada pelo Conselho Editorial (veja adiante em "Critérios de autoria").

Indicar, no mínimo, três e, no máximo, dez descritores (palavras-chave), em inglês e português, que identifiquem os assuntos tratados no texto e que estejam incluídos na publicação da Bireme "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), disponível no endereço <http://decs.bvs.br> ou no *Medical Subject Headings (MeSH)*, do *Index Medicus*, disponível no endereço www.nlm.nih.gov/mesh.

Critérios de autoria

A inclusão como autor subentende substancial contribuição intelectual na elaboração do trabalho, que compreende a participação na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, análise e interpretação dos dados, na redação ou revisão crítica do manuscrito e na aprovação de sua versão final.

Outras participações, como obtenção de financiamento, simples coleta e catalogação de dados, auxílio técnico na execução de rotinas, encaminhamento de pacientes, interpretação de exames de rotina e chefia de serviço ou departamento, que não estejam diretamente envolvidas no estudo, não constituem critérios para autoria. Entretanto, caso tenham contribuído substancialmente para o estudo, merecerão citação nos "Agradecimentos", ao final do texto, para o que será preciso autorização escrita dos responsáveis.

Referências

As referências bibliográficas completas, em ordem de citação, devem incluir apenas as publicações mencionadas na matéria e obedecer aos "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (estilo Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser abreviados como no *Index Medicus*, cuja lista de abreviaturas pode ser obtida na publicação da *NLM List of Serials Indexed for Online Users*, que está disponível no endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. É de responsabilidade dos autores a exatidão das referências bibliográficas.

Exemplos mais comuns

Artigo de periódico

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Se o artigo tiver vários autores, mencionar, no máximo, seis; havendo mais, citar os seis primeiros, seguidos da expressão "*et al.*".

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK *et al.* Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935:40-6.

Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Tese ou dissertação

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Nery JAC. Reação na hanseníase: uma descrição epidemiológica [tese]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1995. 129 p.

Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Portal da internet

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org>.
Saude.gov.br [Internet]. Prevalência da hanseníase no Brasil, macrorregiões e estados, 1985 - 2003 [acesso 22 fev 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hansen_prevalencia.pdf. No caso de uma referência existir somente na internet, conservar cópia do arquivo para fornecer a leitores interessados, no caso de mudança ou desativação da URL.

Está disponível, também, uma [lista completa de exemplos de citações bibliográficas](#) (requer [Adobe Acrobat Reader](#)).

Ilustrações

As ilustrações compreendem quadros, tabelas, gráficos, figuras e vídeos, justificando-se sua inclusão apenas quando servirem, efetivamente, para complementar as informações do texto ou simplificar sua compreensão. Por esse motivo, serão aceitas somente até o limite determinado para o tipo de artigo, salvo melhor juízo da Equipe Editorial.

Referir as ilustrações no texto e numerá-las em algarismos arábicos, em sequência própria para cada tipo, conforme a ordem de entrada.

Anexar todas as ilustrações nos campos apropriados disponíveis no sistema de submissão.

Inserir imagens digitalizadas sob a forma de arquivos nos formatos com extensão ".jpg" e resolução mínima de 300 dpi. Vídeos poderão ser aceitos até 10 MB com extensões ".mpg", ".avi" e ".wmv".

Quadros, tabelas e gráficos

Os quadros servem para apresentação tabular de informações textuais, sem dados estatísticos, ao contrário das tabelas, que têm por objetivo indicar resultados numéricos e valores comparativos, permitindo avaliação estatística. Nos gráficos, os dados são apresentados sob a forma de desenho, preferencialmente como diagramas de barras ou circulares.

Quadros, tabelas e gráficos devem ter título sucinto e claro, com explicações, se necessárias, como notas de rodapé.

Se, nos quadros e nas tabelas, forem usados dados de outra fonte, publicados ou não, será necessário obter permissão e informar a autoria, a data e a localização dos dados. A fonte deverá ser citada nas referências, e os créditos devem aparecer abaixo do quadro, tabela ou gráfico.

Figuras e vídeos

Figuras compreendem as demais formas de ilustração, principalmente fotografias e fotomicrografias, devendo ser informados método de coloração e aumento. Anexar as fotos na extensão ".jpg", e especificar e identificar as legendas com a respectiva numeração.

Se uma figura já tiver sido publicada, mencionar a fonte original e enviar permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para a sua reprodução. Documentos de domínio público constituem exceção.

Para os vídeos, é necessário inserir legendas contendo informações, como título do manuscrito, autoria, instituição e outros comentários pertinentes.

Para usar fotografias de pacientes, sua identidade deverá ser resguardada; do contrário, será preciso anexar-lhes permissão, por escrito, para divulgação (v. "Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas").

Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas

Informações que permitam identificar participante de pesquisa ou relato de caso clínico não devem ser publicadas sob a forma de descrições, fotografias ou genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos, e o paciente, ou seu responsável, dê permissão, por escrito, para a publicação.

O consentimento, por escrito, para esses propósitos exige que se mostre ao paciente, ou ao responsável, o manuscrito a ser publicado. Na publicação deverá constar que se obteve a autorização.

Na busca do anonimato, nunca alterar nem falsificar os dados do paciente. Omitir os detalhes que sirvam para identificar as pessoas, caso não sejam essenciais.

Não usar o nome do paciente, suas iniciais ou registro que lhe tiver sido conferido no hospital, especialmente no material ilustrativo.

Quando se tratar de experimentação com animais, deverá ser informada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Animal da instituição onde foi realizada a pesquisa.

Reprodução de imagens

O periódico poderá permitir o direito de reprodução de imagens mediante solicitação prévia aos editores, desde que citada a fonte e dados os devidos créditos a todos os envolvidos.

Unidades de medida e abreviações

Abreviações não são permitidas no Título nem recomendáveis no Resumo, exceto em situações excepcionais. O termo completo deverá preceder a abreviatura quando esta for utilizada pela primeira vez no texto.

Todas as medidas devem estar de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (SI), encontradas no portal <http://physics.nist.gov/cuu/Units/units.html>. Informar as temperaturas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg).

Conteúdo

Redigir o original para publicação nos Anais Brasileiros de Dermatologia e enquadrá-lo em uma das diferentes seções da revista:

EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Autores são convidados pelos Editores dos Anais Brasileiros de Dermatologia a elaborar artigos aprofundados sobre temas de grande interesse científico, no campo da Dermatologia, visando à atualização.

Autores não convidados, interessados em colaborar com esta seção, devem entrar em contato prévio com a Equipe Editorial do periódico, antes de submeter seus trabalhos.

Os manuscritos devem conter, obrigatoriamente:

Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras. Além de Introdução, sugerem-se os seguintes tópicos, se pertinentes: Histórico; Epidemiologia; Etiopatogenia; Aspectos clínicos; Classificação; Diagnóstico clínico, laboratorial e diferencial; Evolução; Prognóstico; Tratamento. O texto deve ter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. É obrigatório apresentar referências bibliográficas recentes. Serão permitidas 12 ilustrações, no máximo. Ao final do texto, incluir um teste de avaliação com 10 questões de múltipla escolha, de quatro alternativas, sendo apenas uma correta, para efeito de apuração de créditos relativos ao programa de Educação Médica Continuada da Sociedade Brasileira de Dermatologia. As questões devem atender aos princípios de elaboração da Educação Médica Continuada, disponíveis no site: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/normas>.

INVESTIGAÇÃO

Artigo original, abrangendo estudos observacionais e de intervenção, caracterizados como ensaios controlados e randomizados; estudos quanto à fisiopatogenia das doenças e/ou sobre associações nosológicas; estudos sobre testes diagnósticos e prognósticos, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no máximo, 6.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. No manuscrito, deverão constar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o número do protocolo do documento. O número máximo de referências é 50 e o de ilustrações, dez. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional e a juízo da Equipe Editorial, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente. Incluir os seguintes tópicos:

1. Introdução;
2. Métodos;
3. Resultados;
4. Discussão;
5. Conclusão;
6. Referências.

Estruturar o Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras, nos seguintes tópicos:

1. Fundamentos (estado atual do conhecimento);
2. Objetivos;
3. Métodos;
4. Resultados;
5. Limitações do estudo;
6. Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica para evitar especulação).

CASO CLÍNICO

Relatar um ou mais casos com justificada razão para publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações diagnósticas e terapêuticas, efeitos terapêuticos adversos relevantes ou inusitados). No sistema de submissão os autores terão que responder a duas questões essenciais: 1. O que já se sabe sobre este tópico?; 2. O que este artigo acrescenta? O texto não deve exceder 1.000 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, seis ilustrações e dez referências bibliográficas. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção. Os seguintes tópicos devem ser contemplados:

- Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 120 palavras;
- Introdução;
- Relato do(s) Caso(s);
- Discussão;
- Referências.

DERMATOPATOLOGIA

Esta seção inclui temas que enfatizem importantes aspectos dermatopatológicos.

Utilizar, no máximo, 150 palavras no Resumo, em inglês e português.

O texto não deve exceder 1.000 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, cinco ilustrações e dez referências bibliográficas. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

REVISÃO

Artigo habitualmente elaborado, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência, que se destina a abordar, de forma aprofundada, o estado atual do conhecimento referente a temas de importância clínica, com ênfase em aspectos como causa e prevenção de dermatoses, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, devendo compreender, de preferência, análises críticas e sistemáticas da literatura (medicina baseada em evidências científicas), assim como metanálises. Poderão ser consideradas, sem convite, análises sistemáticas e metanálises. O texto deve ter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas.

São permitidas, no máximo, dez ilustrações. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente.

As referências bibliográficas devem ser recentes. Apresentar, obrigatoriamente, os seguintes tópicos: Resumo, em inglês e português, com não mais do que 250 palavras; Introdução; Métodos, quando se tratar de revisão sistemática e metanálise. Os demais tópicos ficam a critério do autor.

DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA (Imagens, Investigação)

Esta seção destina-se a privilegiar a publicação de trabalhos que têm como ênfase as doenças infecciosas e parasitárias com repercussão dermatológica, incluindo a hanseníase, a leishmaniose tegumentar, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, entre outras. Compreende documentações por imagens clínicas, histopatológicas ou de outros exames complementares representativas de casos clínicos relevantes, assim como trabalhos de investigação referentes a essa área do conhecimento. O corpo do texto poderá ser contínuo, com no máximo 500 palavras, ou subdividido em tópicos, com no máximo 750 palavras, se no

formato de investigação. Deve-se incluir resumo não estruturado, em inglês e português, com máximo de 100 palavras, sendo permitidas quatro ilustrações e dez referências. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Esta seção destina-se à publicação de imagens que sejam relevantes ao diagnóstico e tratamento de dermatoses, assim como permitir a descrição de novas tecnologias (Dermatoscopia, Microscopia Confocal a Laser, Imagens Radiológicas, etc.) de interesse do dermatologista.

Resumo com 80 palavras, no máximo, em inglês e português. O texto não deve exceder 800 palavras, cinco ilustrações e dez referências.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Destina-se ao relato de um único caso de interesse indiscutível em que se questiona o diagnóstico final da enfermidade. Compreende: Relato do caso; Discussão; Referências.

O Relato do Caso está limitado a 150 palavras e a Discussão, a 350 palavras, excetuando-se as ilustrações e referências. Serão permitidas quatro ilustrações e 10 referências bibliográficas. Deve constar Resumo em português e inglês de, no máximo, 100 palavras.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

CARTAS

Esta seção se destina à publicação mais rápida de comunicações sucintas originárias de estudos mais simples, que incluem:

- a) Cartas/Caso clínico (Case letters) – breves relatos de casos ou de novas reações adversas a drogas;
- b) Cartas/Investigação (Research letters) – trabalhos de investigação de menor complexidade, como pequenas séries de casos, divulgação de resultados preliminares de pesquisas originais e relatórios iniciais de ensaios terapêuticos.

O texto deve ser contínuo, sem divisão por tópicos, com no máximo 750 palavras, sendo permitidas três ilustrações (não subdivididas) e cinco referências. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

CORRESPONDÊNCIA

Esta seção admite comentários, opiniões ou respostas a questionamentos decorrentes de artigos publicados neste periódico, até dois números precedentes, cujo texto deve ser contínuo e não exceder 400 palavras. Toda correspondência estará sujeita à análise, revisão e aprovação da Equipe Editorial. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

ARTIGOS ESPECIAIS

Artigos sob convite que se destinam a abordar temas específicos, tais como: questões relacionadas a publicações científicas; epidemiologia e bioestatística aplicadas à dermatologia; abordagem de técnicas fotográficas ou de imagem; memórias, com abordagem de aspectos históricos de interesse dermatológico, como comemorações de fatos marcantes no desenvolvimento da Medicina ou da Dermatologia, biografias e comemorações referentes a figuras relevantes da Dermatologia nacional e internacional; e necrológicos.

O texto deve conter, no máximo, 10.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. São permitidas, no máximo, 30 referências bibliográficas e seis ilustrações. Deverá ser elaborado um resumo (em português e em inglês), com, no máximo, 250 palavras. Os artigos serão submetidos à revisão da Equipe Editorial.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de quatro autores para artigos desta seção.

INFORMES

Os Informes são notícias sobre eventos, atividades da Sociedade Brasileira de Dermatologia, pessoas ou fatos relevantes para a Dermatologia, assim como publicações de livros e teses de interesse para essa área, acompanhadas ou não de resenhas.

SUPLEMENTOS

Em caráter excepcional e a critério da Equipe Editorial dos Anais, poderão ser publicados suplementos com artigos que estarão sujeitos às mesmas normas de publicação e ao processo de revisão do periódico.

Artigos de outros temas, considerados relevantes e elaborados sob convite dos editores, poderão ser incluídos na seção de Artigos Especiais.

Submeter seu manuscrito para avaliação do Corpo Editorial do periódico no endereço eletrônico que se segue: <http://www.sgponline.com.br/abd/sgp/>.

Todos os documentos, como Consentimento de uso para publicação, Conflito de interesses, Autorização para publicação de fotografias e Participação no trabalho, estão disponíveis no site do periódico. Estes documentos devem ser assinados por todos os autores participantes e anexados no sistema ao se submeter o manuscrito. Autorização para publicação de fotografias só se faz necessária quando identifica a face do paciente por completo. O documento de Participação no trabalho só será solicitado pelos editores se houver necessidade.

Contato do periódico:

a/c Anais Brasileiros de Dermatologia

Av. Rio Branco, nº 39, 18º andar

20090-003 Rio de Janeiro - RJ

abd@sbd.org.br

5 ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA II CAMPANHA DE COMBATE À HANSENÍASE DE SERGIPE

PROFILE OF THE PATIENTS ATTENDED AT THE SERGIPE II CAMPAIGN TO COMBAT LEPROSY

Thomas Ribeiro Sales¹, Pedro Dantas Oliveira¹.

¹Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe – Aracaju, Sergipe (SE), Brasil

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe – Rua Cláudio Batista, s/n, Bairro Palestina, CEP 49060-108 – Aracaju, Sergipe, Brasil

Correspondência para:

Thomas Ribeiro Sales

Rua Rafael de Aguiar, 1465, Condomínio Praias do Atlântico, Bloco Itapoã, Apartamento 203,
CEP 49050-660 – Aracaju, Sergipe, Brasil

E-mail: thomasmed@outlook.com

Telefone: (79) 9 9117-4630

RESUMO

FUNDAMENTOS: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de curso crônico, com comprometimento dermatoneurológico, que pode culminar em deformidades físicas, estigmas e impacto psicossocial considerável. Mesmo sendo curável e tendo tratamento gratuito, disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, sua repercussão epidemiológica é expressiva, devido ao diagnóstico tardio. O Brasil é um dos principais sítios da doença e o Estado de Sergipe foi responsável por cerca de 1% dos casos diagnosticados no Brasil em 2018.

OBJETIVOS: Estabelecer o perfil dos pacientes atendidos na “II Campanha de Combate à Hanseníase” de Sergipe, avaliar o impacto desta iniciativa e comparar os resultados obtidos com dados encontrados na literatura.

MÉTODOS: Análise de formulários aplicados durante o decorrer da campanha, pela Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional Sergipe, os quais continham as informações sobre os atendimentos.

RESULTADOS: Dos 50 participantes, 22% foram diagnosticados com hanseníase. A idade média dos pacientes era de 45 anos. Destes, 63,6% eram mulheres, 72,7% eram pardos ou negros, 54,5% tinham baixo nível de escolaridade, 54,5% eram procedentes do interior. Mais de 50% dos indivíduos foram classificados na forma multibacilar e as principais manifestações clínicas eram manchas com alterações de sensibilidade, sendo que mais de 27% já apresentavam algum grau de incapacidade.

CONCLUSÃO: O perfil dos pacientes atendidos na campanha foram mulheres, de idade média de 45 anos, pardas ou negras, com nível educacional baixo, provenientes do interior, sob a forma multibacilar, apresentando manchas com alterações de sensibilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Campanhas de saúde; Diagnóstico.

ABSTRACT

BACKGROUND: Leprosy is an infectious disease of chronic course, with dermatoneurological impairment, which can culminate in physical deformities, stigmas and considerable psychosocial impact. Despite being curable and having free treatment, provided by the Unified Health System, its epidemiological repercussion is significant, due to the late diagnosis. Brazil is one of the main sites of the disease and the state of Sergipe was responsible for about 1% of the diagnosed cases in Brazil in 2018.

OBJECTIVES: To establish the profile of the patients attended at the Sergipe “II Campaign to Combat Leprosy”, to evaluate the impact of this initiative and to compare the results obtained with data found in the literature.

METHODS: Analysis of forms applied over the campaign, by the Brazilian Society of Dermatology – Regional Sergipe, which contained the information on care.

RESULTS: Of the 50 participants, 22% were diagnosed with leprosy. The average age of the patients was 45 years. Of these, 63.6% were women, 72.7% were brown or black, 54.5% had low level of education, 54.5% were from the countryside. More than 50% of the individuals were classified in multibacillary form and the main clinical manifestations were spots with sensitivity alterations, and more than 27% already had some degree of disability.

CONCLUSION: The profile of the patients attended in the campaign were women, with average age of 45 years, brown or black, with low educational level, coming from the countryside, in the multibacillary form, presenting spots with sensitivity changes.

KEY-WORDS: Leprosy; Health campaigns; Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de curso crônico, que pode acometer praticamente todos os órgãos onde existam macrófagos, com exceção do sistema nervoso central. É causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen) e sua transmissão decorre de indivíduo para indivíduo, em qualquer faixa etária. Os bacilos são eliminados principalmente pelas vias aéreas superiores, mas essas bactérias também podem ser encontradas em áreas de pele ou mucosa necrosadas e em secreções orgânicas.¹ A doença se caracteriza clinicamente através de manifestações dermatoneurológicas, após um período de incubação, que pode durar de seis meses até vinte anos; seus primeiros sintomas são manchas hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas, com diminuição da sensibilidade.² O comprometimento de nervos periféricos seguido por deformidades físicas é característico desta afecção que, embora curável, tem caráter potencialmente incapacitante e pode gerar impacto psicossocial significativo, devido também aos preconceitos e estigmas que a acompanham há séculos.³

O contágio se dá por meio de contato íntimo e prolongado de um indivíduo suscetível com uma pessoa doente. Como o bacilo de Hansen é um patógeno de alta infectividade e de baixas patogenicidade e virulência, existe a possibilidade de que dentre muitas pessoas infectadas, somente uma minoria desenvolva a doença. Sua evolução sofre influência de fatores individuais, de elementos relacionados ao grau de endemia e de aspectos socioeconômicos (por exemplo, circunstâncias precárias de vida e saúde ou número elevado de pessoas em convívio num mesmo ambiente).⁴

A hanseníase pode ser classificada, sob o aspecto imunológico, em polos estáveis (tuberculoide e virchowiano) e instáveis (indeterminado e dimorfo ou *borderline*), segundo o Congresso de Madri; a partir de critérios clínicos e histopatológicos, em dois polos estáveis (tuberculoide polar e virchowiano polar) e em interpolares instáveis (tuberculoide secundário, dimorfo tuberculoide, dimorfo-dimorfo, dimorfo virchowiano e virchowiano subpolar), de acordo com a classificação de Ridley e Jopling; ou em paucibacilar (PB) e multibacilar (MB), pela classificação operacional da Organização Mundial de Saúde.¹

Nos últimos 30 anos, as estratégias priorizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foram a detecção precoce de todos os casos e o tratamento apropriado com a poliquimioterapia (PQT), a qual foi recomendada pela OMS em 1981 e causou uma redução significativa na prevalência da hanseníase. Contudo, mesmo após a implementação desse regime terapêutico, não se observaram evidências do seu impacto na transmissão.⁵ O diagnóstico tardio continua sendo visto na prática em centros de atenção primária e em serviços

de referência. Isto é uma evidência de que a falta de conhecimento apropriado sobre a doença é uma falha real, atingindo tanto a população em geral quanto estudantes dos cursos de graduação na área de ciências da saúde.⁶

Atualmente, quase todo o mundo alcançou a meta de “eliminação da hanseníase como problema de saúde pública” (taxa de prevalência menor que 1 caso por 10.000 habitantes), no entanto, três países – Índia, Brasil e Indonésia – são responsáveis pela notificação de mais de 10.000 novos pacientes por ano, representando 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados no mundo.⁷

No Brasil, a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública, com uma taxa de prevalência de 1,35 casos por 10.000 habitantes e 26.875 casos novos diagnosticados em 2017. O Estado de Sergipe apresentou, em 2017, uma taxa de prevalência de 1,30 casos por 10.000 habitantes e foi responsável por 315 casos novos em 2018, correspondendo a 1,13% do que foi registrado no país neste mesmo período.⁸

Vários estudos tentam traçar um perfil para os pacientes portadores de hanseníase, todavia, não há concordância absoluta entre todos os seus resultados. Divergências nas variáveis sociodemográficas, na frequência das formas clínicas, nos exames físicos e assim por diante, implicam na necessidade de uma melhor caracterização da doença.

Diante desse cenário, em janeiro e fevereiro de 2019, a Sociedade Brasileira de Dermatologia – Regional Sergipe (SBD-SE) coordenou a “II Campanha de Combate à Hanseníase”, lançando mão de táticas de educação em saúde e focando no exame de pacientes com lesões suspeitas de hanseníase, para instituir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos doentes. O objetivo deste estudo é compilar o perfil dos pacientes atendidos nessa campanha e comparar os resultados obtidos com dados encontrados na literatura.

MÉTODOS

Este estudo consiste numa pesquisa observacional transversal, de caráter descritivo. A campanha em evidência teve como público-alvo pessoas com lesões suspeitas de hanseníase. A amostra foi composta por 50 participantes, de todas as faixas etárias, dos quais 25 (50%) foram examinados na primeira etapa da ação, numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Lagarto, no dia 26 de janeiro de 2019. Os outros 25 participantes (50%) foram atendidos na

segunda etapa, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS) em Aracaju, no dia 02 de fevereiro de 2019.

Enquanto os atendimentos eram realizados nos consultórios, apresentavam-se palestras educativas nas salas de espera das unidades que sediaram a campanha. Os atendimentos foram executados por médicos dermatologistas e residentes em Dermatologia.

A SBD-SE, com o auxílio da Liga Acadêmica de Dermatologia de Sergipe (LADERM), desenvolveu um formulário por meio do recurso online “Formulários Google”, para gerar um banco de dados da campanha. Cada participante, durante seu atendimento, tinha seu formulário preenchido por ligantes da LADERM, que acompanhavam as consultas. No formulário, constavam tópicos sobre identificação do paciente, dados sociodemográficos, conhecimentos sobre hanseníase e achados do exame físico, além da especificação dos casos diagnosticados e as suas respectivas classificações clínicas.

A coleta do material para esta pesquisa foi realizada a partir da análise desse banco de dados e foi possível graças à autorização de sua utilização, por parte da SBD-SE. As respostas dos formulários foram tabuladas e analisadas estatisticamente por meio do software Microsoft Excel. Os resultados obtidos foram dispostos de maneira descritiva e comparados com dados encontrados na literatura.

Todos os pacientes examinados foram incluídos na amostra. Para que a confidencialidade fosse preservada, os pacientes foram identificados pelas suas iniciais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, sob o protocolo CAAE: 20501519.6.0000.5546.

RESULTADOS

50 indivíduos com idade média de $45,72 \pm 20,9$ anos participaram da pesquisa. Foi observado que 25 pacientes foram atendidos na cidade de Lagarto e os outros 25 em Aracaju. A maioria dos participantes era composta por mulheres (62%), de etnia parda (50%), com ensino fundamental incompleto (46%), residentes em Lagarto (50%), vindos da zona urbana (76%). As variáveis sociodemográficas estão apresentadas na *tabela 1*.

Pelas respostas ao interrogatório direcionado, pôde-se verificar que a maior parte dos presentes teve ciência da ação por meio de agentes de saúde/enfermeiras (14/28%), pelo rádio (11/22%) e pela televisão (10/20%).

Dentre todos os respondentes, 19 (38%) achavam que tinham hanseníase e 12 (24%) achavam que tinham outra doença. Os demais (38%) compareceram devido à presença de lesões dermatológicas, por encaminhamento de outros profissionais ou até mesmo pelo interesse em adquirir conhecimento sobre a doença. 24% dos pacientes não conheciam a hanseníase antes da campanha, 54% não sabiam que hanseníase e lepra são a mesma doença, 34% não sabiam que a hanseníase tem cura e 38% não sabiam que o seu tratamento é disponibilizado gratuitamente pelo SUS. 9 pacientes tinham diagnóstico prévio de hanseníase e 8 tinham antecedentes familiares da doença.

Durante a realização dos exames físicos, foi constatado que quase 70% dos pacientes apresentavam manchas na pele, enquanto os 30% restantes eram constituídos por pessoas com outros achados (placas, pápulas, nódulos, entre outros) ou, inclusive, sem qualquer lesão dermatológica ou neural. 10 pacientes possuíam alterações de sensibilidade. Também foi levada em consideração a cicatriz da vacina BCG, que era ausente em 30% dos pacientes.

Do total de 50 participantes, 11 indivíduos (22%) foram diagnosticados com hanseníase, sendo que 4 deles já tinham sido diagnosticados anteriormente e tinham realizado o tratamento, e 3 pacientes tinham casos de hanseníase na família.

Quanto à distribuição dos casos por faixa etária, verificou-se que a frequência foi maior nos adultos de meia idade, especialmente na faixa etária de 40 a 49 anos, a qual tinha 4 casos (36,4%) (*gráfico 1*). A distribuição dos casos por gênero mostrou 7 pacientes do sexo feminino (63,6%) e 4 do sexo masculino (36,4%). 4 indivíduos eram pardos, 4 eram negros e 3 eram brancos.

Em relação ao nível de escolaridade, demonstrou-se que a maioria era de pacientes analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (54,5%). Quanto ao município de residência, a maior parte dos pacientes era procedente de Lagarto (*tabela 2*), sendo que mais de 72% eram moradores da zona urbana.

As principais manifestações clínicas observadas foram as manchas, presentes em 63,6% dos pacientes. 1 paciente já apresentava amiotrofia associada a garra ulnar. Dentre os 11 casos, 8 possuíam alteração de sensibilidade. A duração dos sintomas relatados pelos participantes variou entre 3 meses e 10 anos. No que se refere ao acometimento de nervos periféricos, o nervo ulnar teve bastante relevância, com comprometimento em 5 pacientes.

Quanto à classificação operacional, 6 pacientes (54,5%) eram multibacilares e 5 (45,5%), paucibacilares. Dos 4 pacientes que já tinham feito tratamento, 3 deles eram MB. Com relação à forma clínica, 2 pacientes (18,1%) apresentavam a forma tuberculoide, enquanto os outros 9 se dividiam igualmente entre as formas indeterminada, virchowiana e neural pura (*tabela 3*).

Em relação ao grau de incapacidade, mostrou-se que a maioria dos pacientes apresentava grau zero (6/54,5%) e que 27,3% apresentavam algum grau de incapacidade (18,2% com grau I e 9,1% com grau II). Os outros 18,2% não foram avaliados (*gráfico 2*). 3 pacientes haviam se afastado das suas atividades laborais por conta desse problema e 2 pacientes apresentavam neurite.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a falta de informação da população acerca da hanseníase ainda é um problema relativamente significativo. O impacto que ações como a “II Campanha de Combate à Hanseníase” têm se traduz através da sua importância como método de busca de casos, bem como de educação em saúde. Também é válido notar o mérito dos profissionais de saúde e dos meios de comunicação em massa na divulgação desse tipo de evento.

No tocante aos casos observados, percebe-se que a hanseníase atingiu o público adulto em maior proporção, em especial, os adultos de meia idade, indo de acordo com os dados disponíveis no DATASUS.⁸ No entanto, é notável que a cadeia de transmissão do bacilo de Hansen não foi interrompida, visto que houve diagnóstico dentro das faixas relativas à população mais jovem, situação semelhante à citada por Gomes et al.⁹

Em relação ao sexo, mais da metade dos casos ocorreu em pacientes do sexo feminino, indo contra a maioria dos dados encontrados nas referências. Tal fato pode ser explicado devido ao predomínio de mulheres que procuraram a campanha e à maior preocupação com a saúde apresentada por esta parcela da população.

A maior parte dos doentes tinha baixo nível de escolaridade, assim como o exposto por Porto et al. (2015) e Reis, Castro e Fernandes (2017).¹⁰⁻¹¹ Esta condição consiste num fator de risco, pois um menor nível educacional pode justificar a demora da procura ao auxílio médico, assim como a não aderência ao tratamento. Quanto à procedência dos doentes, pode-se observar que a maioria residia na cidade de Lagarto, onde aconteceu a primeira etapa da campanha. Isso

pode ser justificado pela maior facilidade de acesso à unidade que sediou a iniciativa. Como a minoria dos doentes era proveniente da área rural, pode-se inferir que há a possibilidade de que haja muito mais casos que ainda não foram notificados e que os moradores das zonas mais periféricas são carentes de orientação médica adequada.

As manifestações clínicas encontradas também foram de acordo com os dados encontrados na literatura, o que pode ser considerado um bom indicador, visto que é mais simples educar a população quando os sinais mais prevalentes são facilmente detectáveis.

No que diz respeito à classificação operacional, os resultados obtidos acompanham os resultados expostos nas referências. O mesmo não pode ser dito quanto às formas clínicas, pois enquanto a forma dimorfa predominou nos trabalhos de Gomes et al. (2005) e de Porto et al. (2015), além dos dados do DATASUS (BRASIL, 2019), a mesma não foi observada em nenhum doente avaliado no presente estudo.^{9,10,8} A maior proporção das formas neural pura e virchowiana, em associação com o afastamento das atividades profissionais e o grau de incapacidade encarados por parte dos doentes, ratifica os prejuízos de ordens biopsicossocial e econômica que acompanham a hanseníase, principalmente se for levado em consideração que a população economicamente ativa é a mais atingida.

Devido aos pacientes que tinham diagnóstico e tratamento prévios e foram diagnosticados nessa campanha, é possível inferir que há lacunas no processo de diagnóstico precoce e de instituição do tratamento adequado. O tempo relativamente longo de tratamento, a necessidade das doses assistidas e a falta de orientação dos pacientes podem ser motivos para possíveis falhas ou abandonos à terapêutica, justificando as altas taxas de prevalência da hanseníase encontradas tanto no Estado de Sergipe como no Brasil.⁸

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, pode-se concluir que o perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase avaliados na “II Campanha de Combate à Hanseníase” de Sergipe consiste em mulheres, com idade média de aproximadamente 45 anos, pardas ou negras, com baixo nível de escolaridade, provenientes do interior do Estado, sob a forma multibacilar, cujas principais manifestações clínicas são manchas com alterações de sensibilidade; as formas clínicas indeterminada, virchowiana e neural pura foram distribuídas igualmente.

Também foi possível verificar que o comprometimento da qualidade de vida (tanto nos aspectos psicossociais como nos econômicos) desses pacientes é prevalente, com base nos graus de incapacidade física impostos pela hanseníase, especialmente na população economicamente ativa.

A implementação do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, a avaliação de incapacidades e a vigilância ativa são os pilares que devem sustentar as ações de controle da hanseníase. Para isso, é necessário que tanto os estudantes quanto os profissionais da saúde recebam treinamento apropriado e que o conhecimento acerca dessa patologia alcance a população. Ações como a campanha em questão são exemplos de iniciativas com impacto epidemiológico, que podem auxiliar no combate a essa doença tão complexa e tão prevalente no cenário brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Rivitti EA. Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti. 1st ed. São Paulo: Artes Médicas; 2014. 736 p.
2. Lastória JC, Abreu MA. Leprosy: review of the epidemiological, clinical, and etiopathogenic aspects - part 1. *An Bras Dermatol*. 2014 Mar-Apr;89(2):205-18.
3. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 6th rev. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015. 1133 p.
4. Controle da Hanseníase na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 86 p.
5. Cruz RCDS, Bühner-Sékula S, Penna MLF, Penna GO, Talhari S. Leprosy: current situation, clinical and laboratory aspects, treatment history and perspective of the uniform multidrug therapy for all patients. *An Bras Dermatol*. 2017 Nov-Dec;92(6):761-73.
6. Alves CR, Ribeiro MM, Melo EM, Araújo MG. Teaching of leprosy: current challenges. *An Bras Dermatol*. 2014 May-Jun;89(3):454-9.
7. Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para o Sudeste Asiático. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020. Nova Délhi: OMS-SEARO, 2016.
8. Informações de Saúde: Epidemiológicas e Morbidade [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. Datasus. 2019 [acesso 18 Mai 2019]. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/ETL_hanseniase/ETL_hans_indicadores.htm

9. Gomes CCD, Gonçalves HS, Pontes MA, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *An Bras Dermatol*. 2005 Dec;80(3): 283-8.
10. Porto AC, Figueira RB, Barreto JA, Lauris JR. Evaluation of the social, clinical and laboratorial profile of patients diagnosed with leprosy in a reference center in São Paulo. *An Bras Dermatol*. 2015 Mar-Apr;90(2):169-77.
11. Reis BM, Castro SS, Fernandes LFRM. Limitation of activity and restriction of social participation in relation to age range, gender, and education in people with leprosy. *An Bras Dermatol*. 2017 May-Jun;92(3):335-9.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas dos participantes

Tabela 2: Percentual de casos diagnosticados por município de residência

Tabela 3: Classificação dos casos diagnosticados

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos casos diagnosticados por faixa etária

Gráfico 2: Representação do grau de incapacidade

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas dos participantes

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	19	38
Feminino	31	62
Etnia		
Branca	12	24
Preta	11	22
Parda	25	50
Ignorada	2	4
Escolaridade		
Analfabeto	8	16
Fundamental I incompleto	12	24
Fundamental II incompleto	11	22
Ensino médio incompleto	6	12
Ensino médio completo	7	14
Ensino superior incompleto	2	4
Ensino superior completo	3	6
Ignorado	1	2
Local de residência atual		
Aracaju	14	28
Lagarto	25	50
Barra dos Coqueiros	2	4
São Cristóvão	2	4
Outros	7	14
Zona		
Urbana	38	76
Rural	12	24
TOTAL	50	100

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2: Percentual de casos diagnosticados por município de residência

Município	%
Aracaju	18,18%
Barra dos Coqueiros	18,18%
Japoatã	9,09%
Lagarto	36,36%
Nossa Senhora da Glória	9,09%
São Cristóvão	9,09%

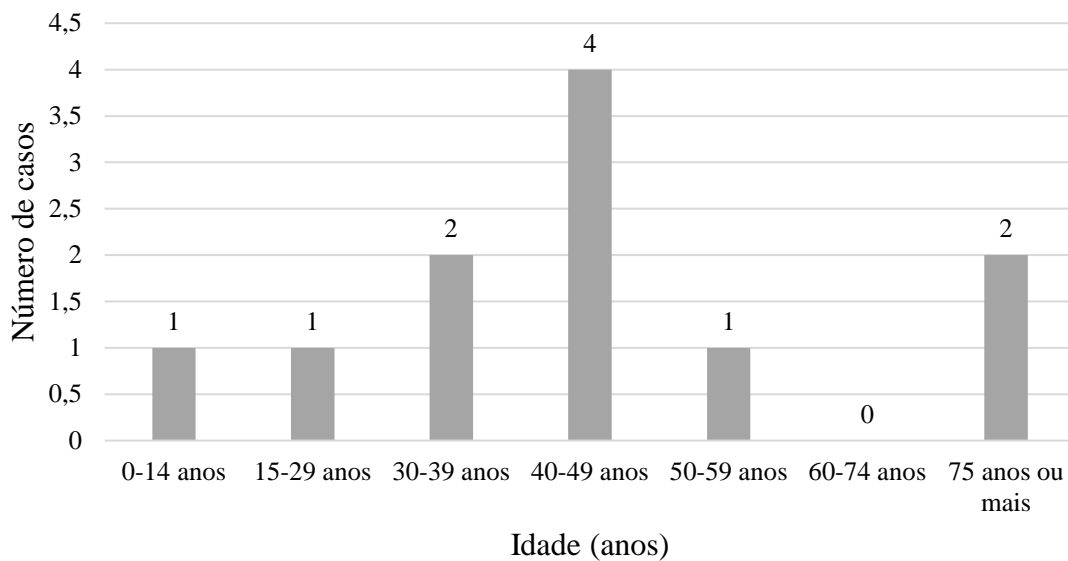
Fonte: Elaboração própria

Tabela 3: Classificação dos casos diagnosticados

Classificação operacional	N	%
Paucibacilar	5	45,5
Multibacilar	6	54,5
Forma clínica		
Indeterminada	3	27,3
Tuberculoide	2	18,1
Dimorfa	0	0
Virchowiana	3	27,3
Neural pura	3	27,3
TOTAL	11	100

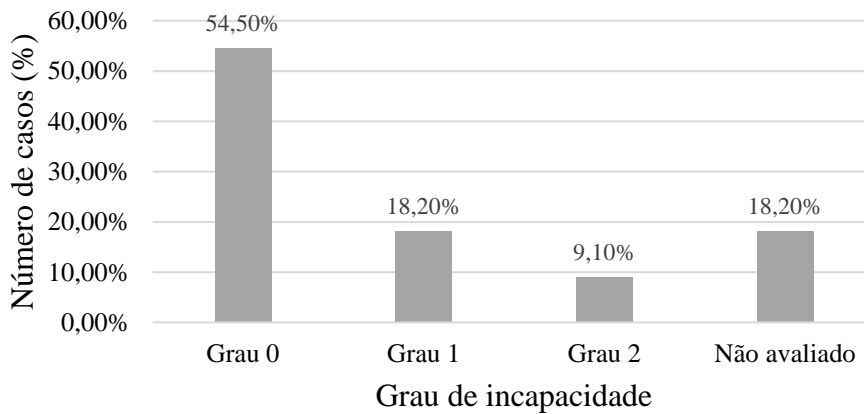
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 1: Distribuição dos casos diagnosticados por faixa etária



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2: Representação do grau de incapacidade dos pacientes diagnosticados



Fonte: Elaboração própria